

DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic1504>

Редакторская заметка



Комментарий 1 к статье «Первичный кишечный анастомоз при перитоните у ребенка с гангренозно-перфоративным дивертикулитом Меккеля»

Н.А. Цап

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;² Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

Аннотация

Комментарий к статье Морозова К.Д., Шаркова С.М., Козлова М.Ю., Мордвина П.А., Айрапетяна М.И., Морозова Д.А. «Первичный кишечный анастомоз при перитоните у ребенка с гангренозно-перфоративным дивертикулитом Меккеля», опубликованной в журнале «Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии». 2023. Т. 13, № 1. С. 105–112. DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic1498>

После прочтения обсуждаемой работы остаются серьезные сомнения в наличии разлитого перитонита (типичного ответа организма на тяжелый воспалительный процесс в брюшной полости не было), а легкое течение разлитого перитонита в хирургической практике неизвестно. Первичный кишечный анастомоз в условиях перитонита нельзя рекомендовать детским хирургам к внедрению в широкую клиническую практику.

Ключевые слова: абдоминальная хирургия; перитонит; кишечный анастомоз; дети.

Как цитировать:

Цап Н.А. Комментарий 1 к статье «Первичный кишечный анастомоз при перитоните у ребенка с гангренозно-перфоративным дивертикулитом Меккеля» // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2023. Т. 13, № 1. С. 113–117. DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic1504>

DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic1504>

Editorial

Commentary 1 on the article “Primary intestinal anastomosis in a child with perforation of Meckel's diverticulum and peritonitis”

Natalya A. Tsap

¹ Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia;

² Children's Clinical Hospital No. 9, Yekaterinburg, Russia

Abstract

Commentary on the article Morozov K.D., Sharkov S.M., Kozlov M.Yu., Mordvin P.A., Ayrapetyan M.I., Morozov D.A. “Primary intestinal anastomosis in a child with perforation of Meckel's diverticulum and peritonitis” published in the Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care. 2023;13(1):105–112. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic1498>

After reading the article under discussion, serious doubts were raised about the presence of diffuse peritonitis (there was no typical response of the body to a severe inflammatory process in the abdominal cavity), and the mild course of diffuse peritonitis in surgical practice is unknown. Primary intestinal anastomosis in peritonitis cannot be recommended for pediatric surgeons to present its wide introduction in clinical practice.

Keywords: abdominal surgery; peritonitis; intestinal anastomosis; children.

To cite this article:

Tsap NA. Commentary 1 on the article “Primary intestinal anastomosis in a child with perforation of Meckel's diverticulum and peritonitis”. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2023;13(1):113–117. DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic1504>

Received: 21.02.2023

Accepted: 06.03.2023

Published: 28.03.2023

DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic1504>

一篇名叫《患有腹膜炎时梅克尔坏疽性穿孔性憩室炎患儿的原发性肠道吻合术》文章的评论

Natalya A. Tsap

¹ Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia;

² Children's Clinical Hospital No. 9, Yekaterinburg, Russia

简评

这篇文章是一篇Morozov K.D., Sharkov S.M., Kozlov M.Yu., Mordvin P.A., Ayrapetyan M.I., Morozov D.A.写的名叫《患有腹膜炎时梅克尔坏疽性穿孔性憩室炎患儿的原发性肠道吻合术》文章的评论, 评论性文章是在《俄罗斯小儿外科、麻醉学和复苏学通报》上发表的。2023. Vol. 13, No 1., P. 105-112. DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic1498>

在阅读了所讨论的论文后, 对该患者是否存在弥慢性腹膜炎仍然产生了严重的怀疑。腹部严重的炎症过程没有典型的身体反应, 而弥慢性腹膜炎的轻度病程在外科实践中是未知的。不能向小儿外科医生推荐患有将腹膜炎时的原发性肠道吻合术引入一般临床实践。

关键词: 腹部外科; 腹膜炎; 肠道吻合术; 儿童。

引用本文:

Tsap NA. 一篇名叫《患有腹膜炎时梅克尔坏疽性穿孔性憩室炎患儿的原发性肠道吻合术》文章的评论. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2023;13(1):113-117. DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic1504>

收到: 21.02.2023

接受: 06.03.2023

发布日期: 28.03.2023

Публикация статьи «Первичный кишечный анастомоз при перитоните у ребенка с гангренозно-перфоративным дивертикулитом Меккеля» [1] может найти широкий отклик в нашем профессиональном сообществе не только как «хирургическая удача», но и как случай к детальному клиническому разбору по достоверности диагностики и принятию интраоперационного решения по оперативно-технической тактике удаления дивертикула Меккеля.

Акцентирование содержания статьи на возможность первичного кишечного анастомоза в условиях перитонита несколько уводит от общепринятой тактики при обнаружении дивертикула Меккеля и заставляет вновь вернуться к актуальной на протяжении десятков лет проблеме несостоятельности кишечных анастомозов. Найти публикации, в которых был бы представлен случай несостоятельности кишечного анастомоза у ребенка с перитонитом, не представляется возможным. И этому есть реалистичное объяснение: еще в 80-х годах XX в. в хирургическом сообществе нашей огромной страны были установлены значительные риски такой тактики — 85 % кишечных анастомозов, наложенных в условиях перитонита, несостоятельны, и написать о таком случае в нарушение всех принципов не решится никто. В настоящее время проводятся экспериментальные работы, указывающие на сохранность кишечных анастомозов в условиях перитонита [2].

Обсуждение данной проблемы чаще встречается в работах взрослых хирургов, и касается и причин несостоятельности кишечных анастомозов, и профилактики, и разработки методик укрепления кишечных швов именно в связи с риском несостоятельности. Несмотря на бурное развитие высоких технологий последние 50 лет, а также давнее существование проблемы возникновения осложнений после хирургического лечения полых органов желудочно-кишечного тракта, доля последних остается достаточно высокой [3]. Вероятность несостоятельности увеличивается при формировании анастомозов в условиях измененной кишечной стенки при перитоните и кишечной непроходимости. Перитонит, существующий в брюшной полости в момент наложения кишечного шва, в значительной мере влияет на заживление стенки органа. При этом избыточное образование биологически активных веществ ведет к стойкому нарушению микроциркуляции в стенке кишки, а присоединившееся угнетение моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта с перенаполнением его просвета жидким и газообразным содержимым усугубляет нарушение кровообращения в кишечной стенке [4].

По литературным данным, самым частым показанием к релапаротомии является несостоятельность швов (24,5 % среди всех причин релапаротомии). В раннем послеоперационном периоде осложнения развиваются в 19–25 % наблюдений, в 0,4–8 % случаев развивается несостоятельность швов анастомоза, приводящая к развитию гнойно-септических процессов в брюшной полости. Несостоятельность кишечного шва на фоне

перитонита после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке имеет место в 1,5–3 % наблюдений, после операций на тонкой кишке — в 2,8–8,7 % и после операций на толстой кишке — в 4–32 % случаев, летальность при несостоятельности швов анастомоза достигает 70 %. Данная ситуация обуславливает необходимость поиска и исследования новых способов восстановления полых органов желудочно-кишечного тракта, а также методов профилактики несостоятельности их швов [3].

Представленная авторами клиническая, макроскопическая картина и избранная интраоперационная тактика вызывают ряд вопросов, которые в детской хирургии, казалось бы, решены и помогают эффективно излечить ребенка при патологии дивертикула Меккеля [5]. Поэтому предлагаю обратить внимание на следующие положения обсуждаемой работы, которые необходимо учитывать в своей практической деятельности:

- отсутствует бактериологическое обоснование перитонита, только описание — «неоднородный мутный выпот» (нет результата микробиологического исследования);
- на фото отсутствуют гангренозные изменения дивертикула, а перфоративное отверстие напоминает прободение инородного тела, тем более что и клинической картины всех стадий воспаления вплоть до гангренозного, а затем перфорации не было;
- нет обоснования для выполнения резекции подвздошной кишки, и какой длины участок кишки необходимо резецировать. Современная тактика при выявлении во время лапароскопии дивертикула Меккеля предусматривает удаление его путем наложения сшивающего аппарата Endo GIA на основание дивертикула или на стенку кишки в поперечном направлении, что позволяет избежать резекции кишки. Такая манипуляция может выполняться и при лапароскопически подержанной мини-лапаротомии и лапаротомии. В данном случае оптимальна была клиновидная резекция дивертикула Меккеля, тем более что перфорация располагалась не на брыжеечном крае подвздошной кишки [1];
- в настоящее время для формирования кишечного анастомоза на тонкой и на толстой кишке предпочтение отдается однорядному прецизионному шву, а не двухрядному. По многочисленным данным, именно двухрядный шов вызывает наибольшее количество осложнений и высокую послеоперационную летальность, а однорядный шов обеспечивает достаточную прочность, высокую герметичность, более низкую частоту стенозирования и спайкообразования [2];
- остаются серьезные сомнения — был ли разлитой перитонит (типичного ответа организма на тяжелый воспалительный процесс в брюшной полости не было), а легкое течение разлитого перитонита в хирургической практике неизвестно;

- первичный кишечный анастоз в условиях перитонита нельзя рекомендовать детским хирургам к внедрению в широкую клиническую практику.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с проведенным исследованием и публикацией настоящей статьи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Морозов К.Д., Шарков С.М., Козлов М.Ю., и др. Первичный кишечный анастомоз при перитоните у ребенка с гангренозно-перфоративным дивертикулитом Меккеля // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2023. Т. 13, № 1. С. 105–112. DOI: 10.17816/psaic1498
2. Морозов К.Д., Морозова О.Л., Севергина Л.О., и др. Причины несостоятельности кишечного анастомоза при перитоните в эксперименте // Новости хирургии. 2021. Т. 29, № 2. С. 137–145. DOI: 10.18484/2305-0047.2021.2.137
3. Жук И.Г., Салмин Р.М., Гайдук А.В., и др. Способы профилактики несостоятельности межкишечных анастомозов // Журнал

REFERENCES

1. Morozov KD, Sharkov SM, Kozlov MYu, et al. Primary intestinal anastomosis in a child with perforation of Meckel's diverticulum and peritonitis. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2023;13(1):105–112. (In Russ.) DOI: 10.17816/psaic1498
2. Morozov KD, Morozova OL, Severgina LO, et al. The causes of intestinal anastomotic leakage in experimental peritonitis. *Novosti Khirurgii*. 2021;29(2):137–145. (In Russ.) DOI: 10.18484/2305-0047.2021.2.137
3. Zhuk IG, Salmin RM, Gaiduk AV, et al. Methods of intestinal anastomotic dehiscence prophylaxis (review). *Journal of the Grodno State medical university*. 2010;(1):3–6. (In Russ.)

ОБ АВТОРЕ

Наталья Александровна Цап, д-р мед. наук, профессор;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9050-3629>;
eLibrary SPIN: 7466-8731; e-mail: tsapna-ekat@rambler.ru

ADDITIONAL INFORMATION

Competing interests. The author declare that she have no competing interests.

- Гродненского государственного медицинского университета. 2010. № 1. С. 3–6.
4. Горский В.А., Агапов М.А., Климов А.Е., Андреев С.С. Проблема состоятельности кишечного шва // Практическая медицина. 2014. № 5. С. 33–36.
 5. Российская ассоциация детских хирургов. Дивертикул подвздошной кишки (дивертикул Меккеля). Детская хирургия: национальное руководство. 2-е изд. перераб. и доп. / под ред. А.Ю. Разумовского. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. С. 197–201.

4. Gorskiy VA, Agapov MA, Klimov AE, Andreev SS. The problem of consistency of intestinal seam. *Practical medicine*. 2014;(5):33–36. (In Russ.)
5. Rossiiskaya assotsiatsiya detskikh khirurgov. Divertikul podvzdoshnoi kishki (divertikul Mekkelya). Razumovskii A.Yu., editor. *Detskaya khirurgiya: natsionalnoe rukovodstvo. 2nd ed.* Moscow: GEHOTAR-Media, 2021. P. 197–201. (In Russ.)

AUTHOR INFO

Natalya A. Tsap, MD, Dr. Sci. (Med.), professor;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9050-3629>;
eLibrary SPIN: 7466-8731; e-mail: tsapna-ekat@rambler.ru